

FORMA PM 5.1.2
AVISO DE EXTENSION DE PLAZO PARA
AUTORIZACION DE DECISION PARA SERVICIOS DE
SALUD MENTAL TITULO XIX/XXI

PARA: [NOMBRE DE LA PERSONA INSCRITA /REPRESENTANTE LEGAL]

DE: (Nombre/Domicilio de la agencia)
NOMBRE DEL CONTACTO/NÚMERO

FECHA:

Usted ha pedido que (Nombre de la Agencia) autorice: descripción de los servicios solicitados por el miembro en términos fácil de entender

Hemos reexaminado su petición y determinado que para llegar a una decisión que autorice el cuidado que usted solicita, necesitamos más tiempo para obtener información adicional. La razón por el cual necesitamos más tiempo es: La explicación de la agencia debe ser completa y en términos entendibles.

A más tardar, usted puede esperar que la decisión respecto a su petición para autorización de servicios se determine el día (insertar la fecha). (Para llegar a una decisión de autorización de servicios estándar o acelerada, la fecha original, en ninguna caso, puede sobrepasarse 14 días de la fecha original o del plazo requerido por la condición de salud de la persona inscrita.)

Si usted no esta de acuerdo con nuestra extensión de plazo, usted puede someter una queja. Usted nos puede contactar **PARA SOMETER QUEJAS VERBALMENTE INSERTE EL NÚMERO DEL CONTACTO** o puede enviar queja por escrito **INSERTE EL DOMICILIO**.

Para obtener ayuda con su queja usted puede contactar a [**organizaciones locales de defensa o de ayuda legal**]. Las personas con enfermedades mentales serias (SMI) pueden llamar a una Oficina de Defensa de los Derechos Humanos al 1-602-364-4574 o 1-800-421-2124. Para más información sobre este aviso, puede comunicarse con la persona cuyo nombre y domicilio aparecen en la parte de arriba de este aviso. También puede consultar su manual de miembro para más información sobre el proceso de autorización de servicio.

Para traducción o peticiones de formato alternativo, llame a: [inserte el 1-800 y el número local]
Para recibir esta forma en español, llame a: [inserte el 1-800 y el número local]